



CONTRATO DE ELEGIBILIDAD

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Padre/Guardián: _____ ID de Hogar #: _____

Mediante la firma, yo certifico lo siguiente:

- ✓ Yo entiendo y e leído los 'Derechos y responsabilidades' de un participante de WIC.
- ✓ Yo entiendo que mi nombre, el nombre de mi hijo(s), dirección, y fecha de nacimiento podrán ser compartidos por los empleados de WIC a los siguientes programas para poder determinar la elegibilidad de mi familia para coordinación de cuidados con los siguientes servicios adicionales:
 - Departamento de Asistencia Transicional – Beneficios SNAP (Cupones de Alimentos)
 - Programa Head Start/Early Head Start
 - Departamento de Salud Pública - Programa de prevención de envenenamiento por plomo en la infancia
- ✓ Yo entiendo que siendo una mujer posparto, mi dirección y/o número de teléfono podrán ser dados al Sistema de Monitoreo de Riesgos para Embarazadas del Departamento de Salud Pública para invitarme a completar una encuesta sobre el embarazo.

Estos Programas usaran mi información de WIC solamente para WIC y su Programas. Ellos no van a comunicar mi información con otros sin mi permiso escrito o como lo requiera la ley.

WARNING: STATE LAW STATES THAT: M.G.L. c. 266, 67B, FALSE, Fictitious or Fraudulent Claims Made to the Commonwealth or Municipality. Whoever makes or presents to any employee, department, agency or public instrumentality of the Commonwealth or of any political subdivision thereof, any claim upon or against any department, agency, or public instrumentality of the Commonwealth, or any political subdivision thereof, knowing such claim to be false, fictitious, or fraudulent, shall be punished by a fine of not more than two thousand dollars or by imprisonment in the state prison for not more than five years, or in the house of correction for not more than two and one-half years, or both. ***Criminal fraud (misrepresentation of information to receive WIC benefits) under Federal law imposes a fine of up to \$25,000 or up to five years in prison, or both.***

Yo he provisto la información correcta para determinar mi elegibilidad (identidad, dirección, tamaño del hogar de _____, los ingresos de todos los que trabajan en mi hogar, manutención de hijos, ingresos de alquiler, y algún otros recursos de ingresos.

Yo comprendo que publicando las formulas/comidas de WIC por el internet a través de Craigslist, Facebook, etc. Con la intención de vender los beneficios de WIC, intercambiar o regalar las formulas/comidas resultara en mi descalificación o mis hijos por hasta un año y se tomara medidas legales para repagar el valor en efectivo de esos beneficios.

Yo Comprendo que tengo que regresar cualquier fórmulas/comidas que no utilicé a la clínica de WIC.

Yo le notificare al personal de WIC si recibo formula de MassHealth o de otras compañías de seguro. Los empleados de WIC podrán verificar la información que yo he dado para la determinación de mi elegibilidad

Participante/Padre/Guardián/Representante: _____

Iniciales de Empleado: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

OPORTUNIDAD PARA REGISTRARSE COMO VOTANTE – DECLINATION FORM

Parte A

Si no está registrado(a) para votar donde usted vive actualmente, pero es elegible para registrarse para votar, **¿le gustaría registrarse para votar aquí hoy?**

Sí No Ya estoy registrado(a) donde vivo actualmente

(Si usted está registrado(a) para votar donde vive actualmente y no ha cambiado su dirección, **no** es necesario que se registre nuevamente.)

Por favor, firme con su nombre aquí: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Staff signature: _____ Date: ____ / ____ / ____

Si no marca ninguna casilla, se supondrá que ha decidido no registrarse para votar en este momento.

OPPORTUNITY TO SIGN UP FOR E-MAIL ALERTS – LOCAL PROGRAM USE ONLY

E-Mail Address: _____

Yes No Already signed up for email alerts

Staff signature: _____ Date: ____ / ____ / ____

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

